

BEITRITTSERKLÄRUNG



Verband der selbstständigen Versicherungskaufleute der ERGO-Gesellschaften e. V.

MEINE KONTAKTDATEN

Pers.-Nr.:	RD:	Agentur:	Bisheriger Vertriebsweg:
Name:			
Vorname:			
Straße:			
PLZ:	Ort:		
Telefon:	Geburtsdatum:		
E-Mail:			

HIERMIT BEANTRAGE ICH DIE MITGLIEDSCHAFT IM VVE E. V. UND GEHÖRE FOLGENDER BEITRAGSGRUPPE AN:

Bitte ankreuzen	Ihr Titel: _____ (z.B. Generalagent) Hinweis: Die entsprechende Beitragsklasse ist unbedingt anzugeben. Grundlage ist Ihr Vergütungsstatus!	Jahresbeitrag
<input type="checkbox"/>	Beitragsklasse I (Nichtbestandsführende Agenturen z. B. VD 55plus, Juniorpartner, Junior-Sales-Partner, sonstige Untervertreter und Agentur-Repräsentanten)	96,00 Euro
<input type="checkbox"/>	Beitragsklasse II (Agenturen und Hauptagenturen)	144,00 Euro
<input type="checkbox"/>	Beitragsklasse III (Generalagenturen, Geschäftsstellen und DKV-Servicecenter)	192,00 Euro
<input type="checkbox"/>	Beitragsklasse IV (Direktionsgeschäftsstellen, Subdirektionen, Direktionsagenturen, DKV-Gebietsrepräsentanten und Bezirksdirektion)	240,00 Euro
<input type="checkbox"/>	Sonderklasse (Mitarbeiter/in der Agentur, Rentner, Fördermitglieder)	60,00 Euro

BEITRAGSEINZUGSVERFAHREN

Hinweis: Die Beitragseinstufung erfolgt auf Grundlage der Geschäftsbezeichnung bei der ERGO Beratung und Vertrieb AG. Sonstige nicht aufgeführte Agenturen werden nach Art und Größe entsprechend der genannten Beitragsklassen eingeteilt. Der Beitragseinzug erfolgt jährlich. Ich willige ein, dass der Beitragseinzug über Lastschrift eingezogen werden kann. Die Satzung habe ich zur Kenntnis genommen und erkenne diese an. Mir ist bekannt, dass die Satzung über das Mitgliederportal jederzeit einzusehen ist.

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger VVE e. V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger VVE e. V. von meinem Konto gezogenen Lastschriften, einzulösen. Dieses Lastschriftmandat wird durch Ihre **Mandatsreferenz-Nr.** (Ihre Mitgliedsnummer) und unsere **Gläubiger-Identifikationsnummer** gekennzeichnet und künftig bei allen Lastschriften angegeben. Hinweis: Sie können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit Ihrem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Kreditinstitut:	
IBAN:	
BIC:	

DATENSCHUTZ

Wir speichern Ihre Daten entsprechend den Vorschriften der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG). Näheres entnehmen Sie den Datenschutzinformationen zur VVE Mitgliedschaft [hier](#) (bzw. unter myvve.de / Der VVE / Antragsformular)

Geworben durch (Vor-und Nachname)

Ort, Datum, Unterschrift

Rückantwort möglich per E-Mail: mitgliederverwaltung@myvve.de, per Post an: VVE-Mitgliederverwaltung, Frankenthaler Str. 2 in 68519 Viernheim oder per Fax (06204) 964030.